

CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES



cavimac

Demande d'aide ménagère collective

Action Sanitaire et Sociale

- ▶ **Pour nous contacter :**
**Vous désirez des informations complémentaires,
vous souhaitez nous rencontrer,**
 - ▶ **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
 - ▶ **connectez-vous sur le site www.cavimac.fr**



COLLECTIVITE DEMANDERESSE

N° de collectivité à la CAVIMAC : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse de la Communauté bénéficiaire de l'aide éventuelle :

.....
.....

NOM et N° de téléphone du responsable à contacter :

.....

S'agit-il : d'une première demande d'un renouvellement

- Nombre d'heures demandées par mois : |_|_| pour les |_|_| personnes dont la déclaration est jointe
- Pour la période du : |_|_|_|_|_|_|_|_| au : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom et adresse de l'association d'aide ménagère :

.....
.....
.....

S'agit-il d'une demande d'aide financière à verser directement à la collectivité : OUI NON

(Réservé aux moniales lorsqu'une association d'aide ménagère ne peut intervenir dans le monastère. Dans ce cas, fournir également un relevé d'identité bancaire ou postal et l'attestation d'emploi que nous tenons à votre disposition).

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Age :

- pensionné de vieillesse âgé de 65 ans ou plus (ou entre 60 et 65 ans en cas de pension anticipée pour motif médical ou faits de guerre),
- pensionné d'invalidité âgé de moins de 60 ans.

Ressources :

Disposer de ressources supérieures ou égales au plafond de l'AVTS. Dans le cas contraire, faire une demande d'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse auprès du régime compétent (CAVIMAC, CRAM).

Les prêtres diocésains du culte catholique voient le montant minimum interdiocésain compris d'office dans leurs ressources.

Trimestres :

Les trimestres validés par le régime des cultes doivent être supérieurs au nombre de trimestres pris en compte par chacun des autres régimes pour les assurés polypensionnés.

Dépendance :

Seules les personnes dont la perte d'autonomie est faible (groupes 5 et 6 du classement établi à l'aide de la grille nationale AGGIR) peuvent bénéficier d'heures d'aide ménagère auprès de notre Caisse.

Dans le cas contraire (classement en groupes 1 à 4), la Cavimac ne peut plus participer au financement des heures d'aide ménagère. L'assuré doit présenter une demande d'allocation personnalisée d'autonomie – APA – auprès des services d'aide sociale de sa commune de résidence ou du département.

DEMANDE

Elle est établie par le responsable de collectivité avec l'accord de l'association d'aide ménagère concernée au bénéfice de plusieurs membres qui résident dans un même lieu et peuvent bénéficier de services communs.

L'aide financière compensatrice est réservée aux collectivités qui, en raison de la spécificité de leur mode de vie estiment incompatible l'intervention d'un organisme extérieur ou dans le cas d'absence d'association d'aide ménagère dans le lieu d'implantation de la collectivité.

MONTANT

Nombre d'heures :

Le nombre d'heures accordées varie en fonction du degré de dépendance apprécié selon une grille spécifique au régime des cultes à compléter lors de la demande.

Maximum :

- Communautaire : 30 heures maximum pour la personne la plus dépendante et 10 heures maximum de plus par mois par bénéficiaire supplémentaire.
- Aide financière compensatrice : 60 % du taux de participation qui aurait dû être versé à l'association d'aide ménagère.

Barème :

La participation horaire des bénéficiaires varie en fonction des ressources. Le complément est versé par la CAVIMAC à l'association d'aide ménagère.

DATE D'EFFET

La date d'effet de la demande est fixée au premier jour du mois qui suit la date de réception du dossier sauf dans le cas d'une demande à caractère urgent.

SITUATION DE DEPENDANCE DU DEMANDEUR

Les réponses fournies permettent de déterminer le nombre d'heures qui seront attribuées.

(Cocher la case correspondant à votre situation)

A - LE DEMANDEUR :

	Peut facilement	Peut difficilement
Marcher seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher seul à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descendre et monter les marches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever des poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ses courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire son ménage et entretenir son linge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumer ses relations avec l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

A Le SIGNATURE DU DEMANDEUR :